(Biblioteka Umiejętności Lekarskich).

Nr. 19. Warszawa, d. 20 Marca (1 Kwietnia) 1875 r. ROK IV.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA LEKARSKA.

POŚWIĘCONE PRZEGLĄDOWI NOWYCH DZIEŁ I CZASOPISM.

DODATEK BEZPŁATNY
dla prenumeratorów Biblioteki Umiejętności Lekarskich i Przeglądu Postępu Nauk Lekarskich z Gazetą Lekarską.

ZIMNICA.
Studyum ze stanowiska praktycznego.

Przez D-ra T. Chałubińskiego, b. prof. kl. ter. w Warszawie. (Warszawa 1875 str. 162).
Skreślił D-r Ludwik Kadler.

(Dalszy ciąg).

Wielka też zachodzi różnica w nauczaniu pomiędzy profesorem niemieckim i francuzkim, zwłaszcza odnośnie do metody klinicznéj. Francuzki klinicysta przedewszystkiem stara się w uczniach swoich wywołać podziw, nie tylko dla swéj osoby i wiedzy, ale w szczególności dla wysoko rozwiniętego przedmiotu, który wykłada. Student zostaje w ciągłéj ekstazie, uczuwać on zawsze musi, jak ogromny przedział oddziela ławkę jego szkolną od katedry, i jaka ogromna praca czeka go, aby choć w małuczkiéj części, przedział ten mógł wypełnić. We wszystkich też klinikach francuzkich, wszystko jest naprzód przygotowane; chory jest poprzednio dokładnie wyegzaminowany, ażeby najmniejszy cień możliwéj ze strony profesora pomyłki, w umyśle studenta nie powstał.

Gdy profesor zdemonstrował już w ten sposób nieomylność swéj wiedzy, wówczas rozpoczyna przygotowany i opracowany przez siebie wykład, starając się nadać mu olśniewającą i pełną gracyi formę improwizacyi. Słuchacze wpadają w zachwyt, są wzruszeni, klaszczą, a otoczony aureolą nieomylności profesor, znika im z przed oczów. Godzin takich bywa tygodniowo 2—3; całkowity zaś kurs po trzech miesiącach kończy się, a następnie w téj saméj treści i formie, przed nowemi słuchaczami się powtarza.

Ten sam duch, ta sama dążność wywołania podziwu, panują i na salach operacyjnych.

Ambulatorya na klinikach paryzkich nie są zużytkowane do nauczania, profesorowie bowiem tamtejsi nie chcą narażać się w obec studentów na możliwość zrobienia niepewnego rozpoznania, rokowania lub leczenia. (Billroth).

Zupełnie zaś przeciwnie dzieje się na uniwersytetach niemieckich. Tam chorego najpierw bada student, a dopiero po nim profesor. Po ścisłem wybadaniu chorego, rozpoznanie pod kontrolą profesora robi student, przyczem na dyagnozę dyferencyalną, kładziony jest szczególny nacisk. Całkowity kurs nauk pięcioletni. Kursa kliniczne połączone z wyczerpującym wykładem odbywają się 5 do 6 razy na tydzień, każdy przez dwie godziny i trwają: kliniki wewnętrznéj dwa do trzech lat, chirurgicznéj dwa lata, okulistycznéj i położniczéj rok. Prywatnych kursów, na których w każdéj gałęzi nauki lekarskiéj student praktycznie może się wykształcić, moc niesłychana. Gabinety, muzea, laboratorya i t. p., stoją otworem dla uczących się. Przytem ogromne ambulatorya przeznaczone są do użytku klinicznego dla studentów. W razach wątpliwych co do rozpoznania, rokowania lub leczenia, profesor jasno stara się wytłumaczyć słuchaczom, dla jakich mianowicie powodów w danéj chwili nie można nic stanowczego wyrzec.

Nigdy nie zdarza się jednak, aby profesor przechodząc nawet historycznie rozmaite teorye, metody i t. p. „rzucał ogień na wszystko co były przed nim i obok niego". Doszedłszy bowiem sam mozolną i długoletnią pracą do stanowiska, jakie zajmuje, umie on ocenić i uszanować pracę drugich. Dla tego z całą godnością, bezstronnością i ścisłością, spokojnie, powoli, chłodno, rozbiera on krytycznie pojedyńcze fakty, uznaje ich dobrą i wykazuje ujemną stronę. Walcząc pod dewizą: „ścisłe badanie, proste leczenie", stara się on wykształcić dobrych badaczów i lekarzy, którzyby kiedyś jego miejsce zająć mogli, nie zaś „fanatyków, sekciarzy, spoglądających z pogardą właściwą ograniczoności na każdego, kto się ośmiela mieć odmienne zdanie". I gdyby tak rzeczywiście nie było, trudnoby zaiste pojąć, jakim sposobem tyle zdobyczy naukowych, niemcom właśnie zawdzięczamy.

Skromność, potulność, usłużność i prostota w całem zachowaniu, cechują profesorów niemieckich, tak że robią oni raczéj wrażenie człowieka przerażonego swą małością, aniżeli świadomego słusznéj swéj miary. Trudnoby też było odgadnąć sądząc z obejścia, że ten lub ów z nich jest wielkim mistrzem, reformatorem, od którego nieraz rzeczywiście „nowa datuje się

era". Na katedrze dopiero jaśnieje i występuje w całym blasku olbrzymia ich nauka, głębokość myśli a nadewszystko wielka jéj ścisłość, jakkolwiek i tam potulny wyraz słowa i obejścia, na chwilę ich nie opuszcza.

To ich właśnie zachowanie, w obec ogromnych zasług naukowych, zjednywa im zasłużony szacunek i uwielbienie, jakiemi powszechnie uczniowie i słuchacze ich otaczają. Nie szczędzą też zato oni pracy, i zaszczepiają z macierzyńską troskliwością ziarno prawdy i nauki w umysły swoich uczniów. Posiadając nieporównaną naukową sumienność, kształcą w tym kierunku młodzież; ażeby zaś bogato zgromadzona wiedza nie sprowadziła bezpłodnego i bezużytecznego zamętu w umyśle uczącego się, starają się o wykłady systematyczne; idzie im bowiem o to, żeby wiele i dobrze nauczyć. Oddani całą duszą nauce, nauka i nauczanie są dla nich całym światem, a mury szpitalne zaczarowaném kołem, z którego jedna tylko śmierć, choroba lub zgrzybiałość, jest w stanie ich wydrzeć. Któż bo wreszcie są ci profesorowie, którym autor zarzuca „wadliwy sposób prowadzenia wykładów"? Oto ludzie przodujący w nauce, wielcy lekarze, a w części wielcy reformatorowie, znani powszechnie z prac swoich światu uczonemu, których w żadnym razie zarzut podobny dotykać, nie może, a których nazwiska poniżéj zamieszczamy [1]).

Uniwersytety Wielkiéj Brytanii zwłaszcza w Oxfordzie, Cambridge, Durham, Dublinie, pozostały na stopie średniowiecznéj, w Londynie zaś, Edinburghu, Glasgowie, Aberdeen i St. Andrew, więcéj do uniwersytetów niemieckich są zbliżone. Pierwsze nie mają szpitali i klinik, metoda więc nauczania demonstracyjno-kliniczna, nie ma tam miejsca. Demonstracye anatomiczne w Anglii są nadzwyczaj rzadkie, sposobność do tych nadarza się tylko przy sekcyach, podobnie jak w wiekach średnich. Nieco lepiéj jest w nowszych uniwersytetach; praktyczne jednak ćwiczenia anatomicznie, mniej są w Anglii aniżeli we Francyi i Niemczech przez studentów wykonywane. Wogóle przy nauczaniu na uniwersytetach Angielskich, główny nacisk jest kładziony na to, aby studenci widzieli, co i jak się robi, a następnie prywatnie z książek się douczali. Liczba prelekcyj ograniczona; przedmioty nigdy nie bywają do gruntu wyczerpanemi; każdy profesor wykłada tylko to, co mu się wydaje być ważnem, i co go chwilowo zajmuje. Nauczanie kliniczne jest wadliwe, ponieważ prawie nigdy przy niem niema wykładu. Anglik nie lubi przy łóżku chorego i przy operacyi wiele mówić, wszystko więc po większéj części niemo się odbywa (B i l l r o t h).

Z krótkiego, przytoczonego tu i wolnego od wszelkich sentymentów porównawczego rysu uniwersytetów niemieckich, francuzkich i angielskich widzimy, iż sąd p. Ch. o wykładach na uniwersytetach niemieckich, jest co najmniéj niesprawiedliwy. Zbyteczném byłoby dowodzić, że podobny sąd głoszony przez p. Ch. uczniom swoim, stosownie na młode ich umysły musiał oddziałać, z tąd nierzadko daje się dziś napotykać, iż młodzi lekarze w sposób lekceważący traktują wszystko, co tylko ma związek z nauką i szkołą niemiecką.

W rozdziale pierwszym noszącym miano: „Rozbiór objawów i przyczyn. Usiłowanie teoretycznego objaśnienia natury spraw zimniczych", autor podając obraz zimnicy trzeciaczki, między innemi tak się na str. 18 wyraża:

Po wystąpieniu potów „mocz zwykle mocno nasycony, wkrótce po oddaniu mąci się i strąca obfity charakterystyczny osad".

Otóż czujemy się w obowiązku zakwestyonować ową charakterystyczność osadu, a to ze względu, iż tworzący się osad ten sam przez się nie przedstawia nic charakterystycznego dla zimnicy; osadzające się bowiem obficie moczany, pojawiają się również w ostrych chorobach gorączkowych, jako i w cierpieniach chronicznych podczas gorączkowych exacerbacyj. Powstają one w skutek znacznéj utraty wody, na jaką ustrój przy obfitych potach jest narażony; w razach zaś, gdy chorzy utratę wody obfitym napojem lub wodą zastępują, zupełnie się nie tworzą. Zresztą osady tego rodzaju pojawiają się czasami i w moczu ludzi zupełnie zdrowych, a mianowicie po znacznych fizycznych wysileniach, obfitych biesiadach, silnych potach, po hulaszczéj no-

---

[1]) Rokitański, Skoda, Virchow, Graefe, Purkinje, Oppolzer, Türk, Joh. Müller, Helmholtz, Dubois-Raymond, Billroth, Czermak, Pitha, Langenbeck, Dieffenbach, Hyrtl, Hebra, Niemeyer, Bamberger, Traube, Duchek, Baerensprung, Liebermeister, Hueter, Wunderlich, Griesinger, Lebert, Ziemssen, Lindwurm, Frerichs, Bardeleben, Friedreich, Hasse, Heschl, Recklinghausen, Henle, Luschka, Brücke, Ludwig, Rindfleisch, Reinhard, Förster, O. Weber, Froriep, Meckel, Volkman, Vierordt, Kölliker, Stricker, Fick, Funke, Bischof, Voit, Moleschott, Cohenheim, Klebs, Rembold, Heidenhain, R. Wagner, Reichert, Lieberkühn, Voigt, Langer, Dumreicher, Dietel, Esmarch, Bock, Reder, Romberg, Biermer, Falck, Veit, Wintrich, Vogel, Jaksch, Halla, Zeissl, Sigmund, Scanzoni, Loeschner, Arlt, Jaeger, Stellwag, Hasner, Bruns, C. Braun, G. Braun, Späth, Schrötter, Drasche, Körner, Schroff, Martin, Schuh, Leidesdorf, Kaposi, Oesterlen, Steiner, Wiederhofer, Weinlechner, Auspitz, Neumann, Troeltsch, Politzer, Gruber, Tobold, Lewin, Benedict, Seegen i inni. Kilku z wymienionych tu profesorów dziś już nie żyje lnb jest na emeryturze, zamieściliśmy ich jednak pomiędzy czynnemi profesorami a to ze względu, iż wykładali w ostatnich czasach, przeto zarzut uczyniony przez autora, a widocznie na żart zakrawający i do nich musi się odnosić.

cy, i zbyt nużących pieszych wycieczkach podczas skwarnego lata. Sam też autor na str. 101 modyfikuje ową charekterystyczność osadów, utrzymuje wszakże iż „ukazywanie się jego w pewnych rytmicznych odstępach czasu, jest istotnie charakterystyczne dla zimnicy, chociaż znowu niekiedy przy wyraźnéj zimnicy niema go zupełnie". Dla nas osad ten podrzędnego jest znaczenia. Bywają bowiem epidemie zimnicy, w których u żadnego chorego osadu tego nie napotykamy; szczególniéj zaś rzadkim objawem bywa on w tych wypadkach zimnicy, w których gorączka nie jest wielka, jak niemniéj i w tych, w których po upływie pewnego czasu przyłącza się wodna puchlina (hydrops). Zresztą jeżeli rzadko występują dreszcze i gorączka bez potów, to do nadzwyczajnych wyjątków zaliczyć wypada te wypadki zimnicy, w których tylko sam pot występuje; przeto i samo rytmiczne ukazywanie się moczanów, należy do rzadkości.

(c. d. n.).

PRZYCZYNEK DO NAUKI O WNĘTRZAKACH I PASOŻYTACH.

Przez D-ra Hermana Meissner'a w Lipsku.

A. Wnętrzaki pęcherzowate. *a)* Wągry (*Cysticercus cellulosae*).

(Dalszy ciąg).

Dobrowolne uleczenie bąblowca wątroby przez odejście pęcherzy przewodami żółciowemi do kiszki spostrzegał Dr Robert Bahrdt (*Arch. d. Heilk. XIII. p. 467, 1872*) w klinice Jacobsspital w Lipsku. 26 letnia dziewczyna, która od 12 lat doznawała ciśnienia w dołku podpiersiowym, a od 3 miesięcy straciła apetyt, skarżyła się na uczucie gorzkiego smaku w ustach i swędzenie skóry, prócz tego dołączyła się żółtaczka, zgłosiła się do szpita 18 czerwca 1868 r. z gwałtownym bólem w okolicy wątroby i rozlaném wzniesieniem w miejscu odpowiadającém pęcherzowi żółciowemu. Wątroba była powiększona, wysokość jéj w linii pośrodkowéj wynosiła 11 ctmtr., szerokość $6^1/_2$ ctmtr. w linii brodawkowéj 12, w linii pachowéj $12^1/_2$, bardziéj jeszcze ku tyłowi wysokość wynosiła 16 ctmtr., brzeg dolny dość ostry, tylko w okolicy pęcherza żółciowego nieco zaokrąglony, śledziona 8 ctmtr. szeroka i 15 długa, stolec bardzo twardy, gliniasty. Czasami wzniesienie w okolicy wątroby bardziéj występowało i było nieco chełboczące, bardzo bolesne, dołączyła się gorączka przepuszczająca (ciepłota 40^0—41^0 C), 6 lipca omdlenia, ale współcześnie bóle złagodniały, guz się zmniejszył, i wraz ze stolcami miazgowatemi mało żółci zawierającemi odeszły pęcherze bąblowca o ścianach zgrubiałych mocno i włóknistych. Gorączka i bóle trwały jeszcze dni 14, gdy tymczasem odchodzenie pęcherzy bąblowcowych po kilku dniach ustało i żółtaczka powoli znikać zaczęła; stępienie wątroby pod koniec sierpnia w linii pośrodkowéj wynosiło $5^1/_2$ ctmtr. na wysokość. Przy wyjściu ze szpitala d. 2 września chora przedstawiała jeszcze ślady żółtaczki, z tego powodu przypuszczano, że istnieje jeszcze przeszkoda w wydzielaniu żółci, gdy ściśle do kiszki przylegający bąblowiec po przedziurawieniu téj ostatniéj wydzielił się ze stolcami i jako pozostałość po zapaleniu wątroby wytworzyła się blizna, która z powodu ucisku i pociągania, zwężała drogi żółciowe powodując niezupełny odpływ żółci. Przypuszczenie to jednak się nie sprawdziło, gdyż po 3 miesiącach żółtaczka zupełnie znikła. Gdy następnie chora z powodu skręcenia kiszki i zapalenia otrzewnej d. 26 lutego 1872 r. zmarła, sekcya wykazała prawie zupełne uleczenie od bąblowca. Nigdzie żadnego zrośnięcia wątroby z kiszką, ta ostatnia nie przedstawiała śladów przedziurawienia lub silniejszego zapalenia; poza pęcherzem żółciowym ku tyłowi były 2 twarde massy, podłużne wielkości wiśni, które znajdowały się na zgrubiałéj tkance. Na przecięciu przedstawiały one pęcherze bąblowca w zupełności zapadłe i wypełnione pojedyńczemi drobnemi torbielami, wielkości prawie ziarna grochu; w głębi przewodu żółciowego znajdował się kamień znacznéj wielkości, a pod nim były jeszcze 2 pomniejsze kamienie. Stwardniała tkanka rozciągała się daléj w lewym i prawym płacie wątroby, od strony lewéj ostro odgraniczona, z prawéj strony zwolna w zdrową tkanką przechodząca. Przewód pęcherzowy był dość zwężony, przewód żółciowy dokiszkowy wynosił około 8 milimetr.

W końcu B. robi uwagę, że nie było najmniejszego śladu blizny pochodzącéj od przedziurawienia w wątrobie, pozostała tylko możliwość, że bąblowiec odszedł drogami żółciowemi, gdyż miejsca pęknięcia w tych ostanich nigdzie nie można było wykryć. Utrzymującą się jeszcze przez 4 miesiące żółtaczkę po przejściu zapalenia wątroby, tłómaczy uwięźnięciem pęcherza w przewodach żółciowych, który po 2 lub 3 miesiącach przewodem żółciowym wspólnym uniesiony został do kiszek i niepostrzeżenie odszedł ze stolcami.

Prof. Lasègue podaje (*Arch. génér. XXII p. 113. Dec. 1873*) następny wypadek bąblowca wątroby, w którym po zropieniu torebki i przedziurawieniu kiszki torbiele odeszły stolcem i nastąpiło wyzdrowienie.

39 letnia praczka, wprawdzie zawsze zdrowa, po ostatnim ciężkim porodzie który miał miejsce przed 5 laty nie mogła przyjść do siebie, a od 3 lat zaczęła się uskarżać, że jéj nie dobrze, prócz tego na ciągłe uczucie ciężaru w okolicy nadbrzusznéj powracające peryodycznie, na napady bólów do kolki podobne w prawém podżebrzu, okolicy nadbrzusznéj które rozpromieniały się aż do barku; przytem wychudła i straciła apetyt; od 4 miesięcy zauważyła obrzmienie w okolicy dołka podpiersiowego i zaczęła występować żółtaczka na skórze. Ciemne zabarwie-

nie moczu występujące po każdym napadzie kolki zdawało się przemawiać za czasowem szybko przemijającem zatkaniem przewodów żółciowych, a więc za obecnością kamieni żółciowych. Dnia 10 Lipca 1873 r. chora przyjętą została do szpitala, była nadzwyczajnie wychudzona, zupełnie bezsilna, z mocniejszą żółtaczką od kilku dni, mocz ciemno barwnikiem żółci zabarwiony, stolec od tygodnia zaparty; okolica nadbrzuszna i przyległe prawe podżebrze przedstawiały pewien opór; tępość wątroby sięgała na 2 palce poprzeczne poniżéj żeber fałszywych. Bóle odnoszone do zapalenia otrzewnéj pokrywającéj wątrobę zawsze były gwałtowne, i dopiero po 14 dniach nieco się zmniejszyły, żółtaczka znikła, aż 9 sierpnia znowu wystąpiła gwałtowna gorączka z dreszczami wstrząsającemi (T. 110. Ciepł, 40,8° C.) i chora szybko traciła siły. Gdy rozwijały sie te objawy ograniczonego, ropnego zapalenia otrzewnéj, dnia 22 sierpnia wyraźnym był guz okrągławy chełboczący, wielkości talara w dołku podpiersiowym, 28 nastąpiły nagle wymioty żółciowe ropę zawierające z zapachem kału i biegunka z zawartością ropną i 3 pękniętemi pęcherzami bąblowca wielkości włoskiego orzecha, które pod drobnowidzem okazały liczne haczyki. Chora zaraz uczuła znaczną ulgę, guz znikł, omacywanie téj okolicy było niebolesne; we 2 dni późniéj znaleziono w stolcach jeszcze 2 pęknięte pęcherze, a do 10 września odchodziła ropa; ogólny stan choréj znacznie się polepszał, żółtaczka znikła i 15 października mogła być wypisana, jako zdrowa. Przy wyjściu wątroba była jeszcze nie powiększona, podżebrze prawe i okolica nadbrzuszna—bolesne, przy staranném omacywaniu wyraźne było obrzmienie; tak więc bąblowiec nie odszedł w zupełności i rokowanie w tym wypadku przedstawiało się nie zupełnie pomyślne.

Rokowanie tu dopiero przy odchodzeniu pęcherzy bąblowca mogło być zrobione, gdy wszystkie objawy, a mianowicie napady kolki więcéj przemawiały za kamieniami żółciowemi i przy rozwiniętym guzie brakowało charakterystycznego drżenia wodunkowego, guz więc z początku mógł być uważany za obrzmiały pęcherz żółciowy lub ropień otorbiony.

E. Ladmiral i Komorowski podają wypadek bąblowca wątroby leczony na klinice Richet'a środkami żrącemi i następnie wstrzykiwaniem alkoholicznych roztworów ściągających. Nastąpiło wyzdrowienie (*Gaz. des Hôp. 47 48. Avril. 1872*).

22 letnia dziewczyna zaczęła się od 3 lat uskarżać na uczucie ciężaru w prawym boku, a od 4 lat zauważyła mocne obrzmienie tak że gorsetu nie mogła nosić, na dzień przed pojawieniem się regularności mocz bezwiednie odpływał, i wtedy jeszcze wyczuwała guz chełboczący w prawém podżebrzu. Po przekłóciu cienkim trójgrańcem wypłynął płyn jasny; który jednak bliżéj nie był badany. Po chwilowéj uldze nastąpiło znowu pogorszenie i niezbędném było drugie przekłócie w r. 1870, przyczem wypłynęło $1^1/_2$ kwarty płynu żółtawego, bez zapachu z ciągnącemi się mętami. Następnie okolica nadbrzuszna przedstawiała się jeszcze bardziéj wypukloną jak również i bok lewy, stwardniałą, co zdawało się przypuszczać obecność torbieli wielokomorowéj. W chwili przyjęcia choréj do szpitala całe prawie podżebrze aż do dołu biodrowego było obrzmiałe, pępek wygładzony, tępość wątroby od 4 prawego żebra rozciągała się aż do lewego podżebrza, drżenia wodunkowego (*Hydatidenschwirren*) wcale nie było. Chora znacznie wychudzona cierpiała mocne bóle w okolicy wątroby, duszność, nieżyt oskrzeli, wymioty i wieczorem gorączka, tak że obawiać się należało wewnętrznego ropienia. 10 listopada 1871 r. przyłożono żrące ciasto wiedeńskie w okolicy pęcherza żółciowego, a po oddaleniu strupa ciasto cynkowe (*pasta Canquoini*). 27 listop. to ostatnie powtórnie przyłożono, ściana brzuszna mocno była z torbielą zrośnięta, ale jeszcze na 7 milim. gruba; o czem przy przekłuciu próbnem można się było przekonać. Wymioty i bóle coraz były gwałtowniejsze i ustały dopiero przy użyciu maści szaréj z dodatkiem wilczéj jagody (*belladonna*). 9 grudnia wkłóto dość gruby trójgraniec, po usunięciu cisnących się błon rzekomych wypłynęło wiele płynu i liczne, drobne pęcherze bąblowca; otwór ten następnie rozszerzony został za pomocą gąbki prasowanéj, i zastrzyknięto wyskok (rozcieńczony 4 częściami wody) poczem nowe jeszcze pęcherze bąblowca wypłynęły. Torbiel zwolna się zmniejszała i wydzielała niewielką ilość ropy; wkrótce późniéj wystąpiła znowu gorączka z dreszczami wstrząsającemi i wymiotami, i zdawało się, że druga torbiel przeszła w ropienie. Po przekłóciu trójgrańcem włosowatym, a następnie dość znacznego kalibru d. 13 stycznia 1872 wypłynęło około litr jeden płynu żółtawego, mętnego cuchnącego. Po 5 dniach powtórzyły się wymioty, lecz po wprowadzeniu dość grubéj sondy ustały. Po wstrzykiwaniach rozcieńczonego alkoholu wypłynęły pęcherze bąblowcowe i rozpadająca się tkanka wątroby; gdy uleczenie się opóźniało i obficie nie przestawała się wydzielać ropa cuchnąca, to sposobem próby zastrzyknięto nalewkę jodową (10 częściami wody rozcieńczoną), lecz zaledwie po dostaniu się pierwszéj kropli, wystąpiły gwałtowne i uporne wymioty, które cały dzień trwały, dalszego więc wstrzykiwania zaprzestano. Po 3 miesięczném leczeniu nastąpiło tak znaczne polepszenie, że chora bez żadnéj trudności chodzić mogła i znacznie lepiéj wyglądała. Obie torbiele szybko sie zabliźniły, a chora 12 lutego wypisała się ze szpitala czując sie zupełnie dobrze.

(*d. c. n.*).

Redaktor i wydawca Prof. Dr. Girsztowt.

W Druk. Gaz. Lek. Ul. Ś-to Krzyz. N. 9. Дозволено Цензурою. Варшава, 16 (28) Марта 1876. г.